

ด่วนที่สุด

ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๑๔๗๑



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดปัตตานี ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง การขับเคลื่อนโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

อ้างถึง ๑. หนังสือจังหวัดปัตตานี ด่วนที่สุด ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๒๒๐๓๗ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๓
๒. หนังสือจังหวัดปัตตานี ด่วนที่สุด ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๒๒๘๙๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ตามที่จังหวัดปัตตานีได้แจ้งแนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง และจัดส่งหลักฐานการขอเบิกค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน จนกว่าจะเสร็จสิ้นโครงการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี พิจารณาแล้วเพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้ท้องถิ่นอำเภอติดตาม เร่งรัดการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามแนวทางที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด และรวบรวมหลักฐานการขอเบิกเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี ภายในวันที่ ๒๗ ของทุกเดือน จนกว่าจะเสร็จสิ้นโครงการ ประกอบด้วย

๑. บันทึกข้อตกลง สำเนาเกียรติบัตร แบบแจ้งข้อมูลการรับโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online อย่างละ ๑ ชุด โดยจัดส่งครั้งแรกในวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๒. แบบการคำนวณเงินค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นที่ปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลได้ลงนามรับรองแล้ว จำนวน ๑ ชุด

๓. สำเนาแบบบันทึกเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น คนละ จำนวน ๑ ชุด

๔. สำเนารายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น คนละ จำนวน ๑ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายเพิ่ม เพ็ชรพรหม)

ท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐ ๗๓๓๓ ๖๐๔๔ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร. ๐ ๗๓๓๓ ๖๕๘๑



บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

เลขที่...../.....

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงาน.....
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๓ ระหว่าง นาย/นาง/นางสาว.....
ตำแหน่ง.....(นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....(๑).....
ที่อยู่สำนักงาน.....(อบต./เทศบาล)..... เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในบันทึก
ข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้ให้ข้อตกลง” ฝ่ายหนึ่ง กับ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เลขประจำตัว
ประชาชน ออกบัตรวันที่..... บัตรหมดอายุวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้
ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้รับข้อตกลง” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. “ผู้รับข้อตกลง” จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้กับ.....(อบต./
เทศบาล).....เมื่อผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ถึง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.
เป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน ตามขอบเขตและเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริบาล
ท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วย.....(อบต./เทศบาล).....ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับ
ดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจาก.....(อบต./เทศบาล).....
เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดตาม แผนก ก

ข้อ ๒ “ผู้ให้ข้อตกลง” ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลา
ที่เสียไป ให้แก่ “ผู้รับข้อตกลง” โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลง เมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่
เสร็จเรียบร้อยแล้วและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน
เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริง
และเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และคณะกรรมการจัดทำ
แผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ อบต./
เทศบาล แต่งตั้ง แล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวด
ไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท
(ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงิน
ค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท
หารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่า
ดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใด เป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล
รักษาการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก.....หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
รักษาการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

จะคิดตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ ๑๒๕ บาท โดยแบ่งจ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับข้อตกลง
ชื่อ ธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... ประเภทบัญชี.....
เลขที่บัญชี..... ทั้งนี้ ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บและยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนนั้น

ข้อ ๓ ผู้รับข้อตกลงต้องมาปฏิบัติงานตามข้อตกลงด้วยตนเอง โดยต้องลงลายมือชื่อเวลาที่มา
รับงานตามข้อตกลงในแต่ละวัน และเวลากลับ เมื่อทำงานในวันนั้น ๆ เสร็จสิ้นด้วยตนเองทุกครั้ง ณ สถานที่
ที่ปฏิบัติงาน ในกรณีที่ผู้รับข้อตกลงไม่สามารถมาปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเองได้ในวันใด ผู้รับข้อตกลงจะจัดให้มี
บุคคลอื่นมาทำงานแทนในวันนั้น ๆ ไม่ได้ เนื่องจากงานของผู้ให้ข้อตกลงเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ
เป็นการเฉพาะตัวและต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดแห่งข้อตกลงนี้ไปจ้างช่วงอีกต่อหนึ่ง

ข้อ ๔ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หรือผู้รับบริการของผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่กำกับ
และควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม
หรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้ง การกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือ
สถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ในแผนก ก. ก็ได้

ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบตามระยะเวลาที่
กำหนด ๑๒ เดือน ให้ผู้รับข้อตกลงชดใช้ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออก
ค่าใช้จ่ายให้จำนวนเงิน ๙,๕๐๐ บาท (เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยให้ปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ไป
ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๗๙๒ บาท (๒๐ วัน) ให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหาร
ส่วนตำบลแล้วแต่กรณี เพื่อส่งคืนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด.....ที่เป็น
ผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม เว้นแต่มีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อนี้ได้ เช่น เสียชีวิตระหว่างการ
ปฏิบัติหน้าที่

ข้อ ๖ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะ
ที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๗ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลหรือ
องค์การบริหารส่วนตำบล หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน
กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและ
เข้าใจข้อความ โดยละเอียดตรงกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ พร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน
และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ	ผู้ให้ข้อตกลง	ลงชื่อ	ผู้รับข้อตกลง
(.....)		(.....)	
นายกหรือปลัด (เทศบาล/อบต.).....			

ลงชื่อ	พยาน	ลงชื่อ	พยาน
(.....)		(.....)	

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- ☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
- ☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- ☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น.....
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- ☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....
สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงิน
ผ่านช่องทาง

- ☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- ☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลข
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

แบบคำนวณเงินค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล

ประจำเดือน พ.ศ. ๒๕๖๓

ชื่อ - สกุล (อสม.)

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล (เวลา- น.	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)

รวมเวลาการปฏิบัติงานวัน คิดเป็นเงินบาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง ปลัดเทศบาล/อบต.

หมายเหตุ: ๑. ให้บันทึกกิจกรรมปฏิบัติงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจริงในแต่ละเดือน

๒. จัดส่งให้ สจ. ปิดตานี้ ภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน

-ตัวอย่าง-

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(การจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล)

ชื่อ อปท.อำเภอ.....จังหวัดปัตตานี
ณ(สถานที่ปฏิบัติงาน).....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๓

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ลงชื่อ
(.....) (.....)
ตำแหน่ง ตำแหน่ง ปลัด อปท.....

-ตัวอย่าง-

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดปัตตานี

ประจำเดือน.....พ.ศ.

ชื่อ - สกุล ...(อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น).....

ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดปัตตานี

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ (คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
วันที่ ๒ พ.ย. ๖๓	๑. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	๒. การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร			
	๓. การทำแผลเบื้องต้น			
	๔. การแต่งตัว			
	๕. การดูแลเรื่องยา			
	ฯลฯ			
วันที่ ๒๐ พ.ย. ๖๓	๑. การดูเรื่องยา			
	๒. ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล			
	๓. การทำกายภาพบำบัด			
	ฯลฯ			

ลงชื่อ

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าหน้าที่ อปท.

ลงชื่อ

(.....)

ปลัด อปท.

หมายเหตุ ๑. รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตาม
ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน

๒. ให้เทศบาล/ อบต. รวบรวมแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสบ. ทั้ง ๒ คน ส่งให้
สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี ภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน
(เดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๓ - เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔)